TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr J. BRAQUEHAYE

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

TITRES

Externe des hopitaux de Bordeaux, 1885.

Interne des hopitaux de Bordeaux, 1887 à 1889.

Externe des hopitaux de Paris, 1890.

Interne des hopitaux de Paris, 1891 à 1895.

Préparateur et répétiteur du cours d'anatomie de l'École municipale des beaux-arts de Bordeaux, 1884 à 1889.

Aide d'anatomie provisoire de la Faculté de Paris (Concours de 1892).

Docteur en médecine, 1894.

Mention honorable au concours des prix de la Faculté de médecine de Bordeaux, 1884.

Lauréat de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, 1889.

Membre de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.

Membre de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Membre adjoint de la Société anatomique de Paris.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — CRANE. NERFS CRANIENS

Note préalable sur le mécanisme du traumatisme cérébral. (*Société de biologie*, avril 1894.)

De la méthode graphique appliquée à l'étude du traumatisme cérébral. (Thèse de doctorat, Bordeaux, 1894.)

De la méthode graphique appliquée à l'étude du traumatisme cérébral. (*Archives générales de médecine*, février et mars 1895.)

Depuis la thèse de Duret, on admet que :

1° La contusion cérébrale directe au niveau de la voûte est due au retour du cône de dépression sur lui-même, faisant le vide et lésant le cerveau à la façon d'une ventouse.

2° La contusion cérébrale indirecte est causée par une action analogue, due au cône de soulèvement, dans l'axe de percussion.

3° Les lésions indirectes de la base du cerveau sont dues uniquement au choc du liquide céphalo-rachidien.

Pour contrôler ces faits, nous avons eu recours à la méthode graphique. Parmi les appareils que nous avons imaginés, voici ceux qui nous ont donné les résultats les plus probants.

La figure 1 représente un tambour destiné à être vissé sur la boîte crânienne, après trépanation (fig. 2).

Nous nous sommes servi aussi d'un petit manomètre destiné à être placé dans la scissure interhémisphérique (fig. 3).

Nous avons employé, comme appareil enregistreur, le grand cylindre de Marey.

Nos expériences ont été contrôlées par M. Laborde, qui a bien

voulu nous recevoir dans son laboratoire et nous aider de ses conseils. Voici les résultats qu'elles nous ont donnés :

Les expériences I, II et X, sont des expériences de contrôle

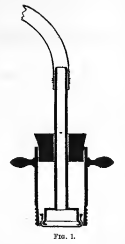


FIG. 1.

destinées à démontrer qu'il n'existait pas de causes d'erreur dans notre instrumentation.

L'expérience III nous a donné les tracés suivants :

1° Choc direct (coup frappé au pied de l'appareil (fig. 4 et 5). On y voit (1) une oscillation positive (choc de la paroi crânienne contre le cerveau au cône de dépression) suivie (2) d'une oscillation négative (retour de la paroi crânienne sur elle-même et propulsion du cerveau du côté opposé).

2° Choc indirect (coup frappé du côté opposé) (fig. 6 et 7). Le tracé nous donne ici d'abord (1) une très petite oscillation néga-

tive (soulèvement de la paroi crânienne), puis une courbe positive (2) analogue à la première partie des tracés du choc direct, produite à la fois par le retour de la paroi crânienne sur elle-même

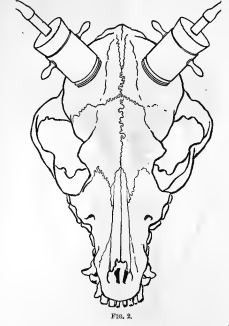


Fig. 2.

et par sa rencontre avec le cerveau propulsé lui-même contre elle. Les oscillations suivantes sont dues à l'ébranlement du cerveau tendant à reprendre son équilibre.

Les expériences suivantes corroborent les faits que nous avons énoncés et démontrent en outre que la tente du cervelet joue le rôle de tremplin dans la propulsion du cerveau et que le point maximum de soulèvement pendant le traumatisme, pour un arc

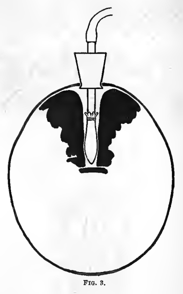


Fig. 3.

quelconque du crâne est au milieu de cet arc, c'est-à-dire entre le point percuté et un point quelconque de la base du crâne.

Elles font voir aussi l'influence de la position de la tête et de la direction du traumatisme sur les variations de la courbe.

L'expérience XII démontre que la fracture du crâne empêche le

soulèvement crânien de se produire (fig. 8), fait qui se rencontre

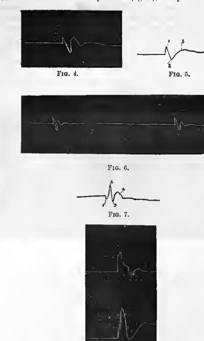


Fig. 4. Fig. 5.

Fig. 6.

Fig. 7.

Fig. 8.

aussi dans les traumatismes par armes à feu (fig. 9). Dans ces dernières expériences, dès que la balle pénétrait dans le crâne, la

pression était transmise dans tous les sens, nos appareils sautaient et nous constations qu'à chaque coup, nos membranes en caoutchouc étaient perforées à leur centre. Celles-ci, en effet, venaient se couper sur les bords du cylindre (fig. 10), dans lequel nous trouvions de la matière cérébrale.

Voici les conclusions de nos expériences :

1° Dans le traumatisme crânien, il y a, au point percuté, un cône de dépression.

2° La paroi osseuse déprimée peut venir directement contusionner le cerveau, contrairement à l'opinion admise.



Fig. 9.

3° Il existe, au moment où se fait le cône de dépression, un soulèvement du reste de la voûte, formé d'arcs multiples allant du point percuté en un point quelconque de la base. Le maximum de soulèvement est au milieu de chaque arc.

4° La réunion de tous ces points forme un ellipsoïde de soulèvement maximum et non un cône, comme on le dit depuis Duret.

5° La contusion par contre-coup est due à la projection du cerveau du côté opposé, contre la paroi. Il faut tenir compte ici des arêtes plus ou moins vives de la boîte osseuse qui pourront dévier le choc.

6° La théorie de l'aspiration du cerveau par la paroi crânienne

formant ventouse (Duret) est fausse, puisque : 1° le cône de soulèvement n'existe pas ; 2° nos tracés indiquent le choc cérébral plus grand que le soulèvement de la paroi.

7° Dans les fractures et les plaies pénétrantes par armes à feu, le soulèvement de la paroi crânienne est à son minimum et le choc cérébral à son maximum.

8° Sans nier le rôle du liquide céphalo-rachidien (Duret), nous

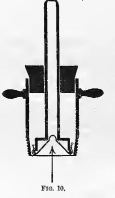


FIG. 10.

croyons que son action n'est que bien secondaire. Il est d'ailleurs des faits que cette théorie n'explique pas.

9° Les lésions des vaisseaux sont dues (dilatations ampullaires sans ruptures) à l'excès de pression intra-vasculaire au moment du traumatisme et ne peuvent être comprises par l'exagération de pression du liquide céphalo-rachidien.

10° Ces mouvements de translation seraient impossibles, si les liquides ne pouvaient fuir hors du crâne. Mais le liquide céphalo-rachidien et le sang peuvent s'échapper et permettre les mouvements qu'indiquent nos graphiques.

Dans un chapitre spécial, comme appendice à nos expériences, nous avons réuni de nombreux faits cliniques, avec observations personnelles, venant à l'appui de notre théorie.

Voici quelles sont les conclusions générales de notre thèse :

1° La contusion cérébrale directe, au niveau de la voûte, est due à la rencontre du cerveau par la paroi crânienne du cône de dépression.

2° La contusion cérébrale indirecte est due au choc du cerveau lancé contre la paroi et au retour de cette paroi sur elle-même lésant le cerveau mobilisé en sens inverse.

3° Les lésions indirectes de la base, souvent confondues avec celles des parties latérales, sont dues : 1° au choc du cerveau contre la base en certains points (cornes cérébrales) ; 2° à sa lésion contre les arêtes qui séparent les étages ; 3° à l'arrachement par le mouvement de translation ; 4° accessoirement au choc du liquide céphalo-rachidien.

Épithélioma du cuir chevelu ayant débuté par les glandes, propagation à la voûte crânienne aux méningee, au cerveau, dégénérescence secondaire du foie, de l'utérus et de la pointe du cœur. (*Bullet. de la Soc. anatomique*, avril 1891.)

Les points à noter dans cette observation sont : la symétrie des deux tumeurs primitives, les troubles moteurs cadrant avec le siège de la lésion, l'épaisseur énorme et l'extrême dureté de la calotte crânienne au voisinage de la perforation, enfin les points de dégénérescence cancéreuse secondaire.

Tic douloureux de la face dans la zone du nerf maxillaire inférieur ; résection de ce nerf par trépanation de la branche montante de la mâchoire. Guérison momentanée.

Tic douloureux de la face. Résection des nerfs dentaire inférieur et buccal. Guérison. (In VERNET, Thèse de Bordeaux, 1890).

II. — OPHTALMOLOGIE

De l'emploi des pâtes à base de gélatine dans les pansements de l'œil et de la face. (*Archives d'ophtalmologie*, mai 1894.)

Un cas de chancre induré de la paupière. (In AUMONT, Thèse Paris, 1893.)

Du chancre induré de la paupière. (Leçon du professeur PANAS, recueillie et publiée dans la *Tribune médicale*, 1893.)

Examen anatomo-pathologique d'un cas d'épithélioma calcifié des paupières. (En collaboration avec G. SOURDILLE; *Bullet. de la Soc. anatomique*, 1894.)

De l'épithélioma calcifié des paupières (avec G. SOURDILLE), travail du laboratoire du professeur PANAS. (*Archives d'ophtalmologie*, février 1895.)

Des tumeurs calcaires des paupières et des sourcils (avec G. SOURDILLE. *Tribune médicale*, mars 1895).

Idem. (*Journal des connaissances médicales*, avril 1895.)

Les tumeurs calcaires des paupières et des sourcils comprennent des tumeurs de natures diverses :

1° Calculs des glandes lacrymales et de leurs conduits excréteurs ;

2° Calculs du sac et des conduits lacrymaux ;

3° Tophus chez les goutteux ;

4° Lithiase des glandes de Meibomius ;

5° Tumeurs congénitales complexes ;

6° Épithélioma calcifié.

C'est surtout ce dernier groupe de tumeurs que nous avons étudié.

Nous donnons ci-contre la coupe histologique d'un cas personnel (fig. 11 et 12).

Malherbe (de Nantes), qui le premier décrivit cette variété d'épithélioma, insiste sur l'absence presque complète de vaisseaux et l'abondance des myéloplaxes. Dans notre observation, au contraire, les myéloplaxes disparus avaient donné naissance à des vaisseaux.

Malgré leur structure, et contrairement à l'opinion de Malherbe, ces tumeurs sont des tumeurs congénitales et non des épithéliomas.

Voici les principaux arguments que nous donnons en faveur de notre opinion :

1° L'âge des malades (enfance et adolescence) est aussi celui des kystes congénitaux ;

2° Le mode de développement de ces tumeurs est semblable dans

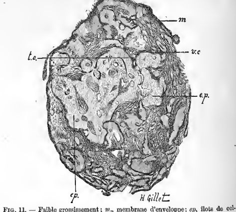


Fig. 11. — Faible grossissement ; *m.*, membrane d'enveloppe ; *ep*, îlots de cellules épithéliales ; *t.c.*, tissu cellulaire ; *v.c.*, vaisseaux capillaires.

les deux cas. Souvent, après avoir sommeillé plus ou moins long temps, on les voit grossir brusquement vers l'adolescence ;

3° Elles récidivent après ablation incomplète ;

4° Leur marche est bénigne, sans généralisation, sans dégénérescence ganglionnaire, malgré leur structure ;

5° Elles siègent constamment aux points d'élection des inclusions fœtales (queue du sourcil, région préauriculaire, scrotum, partie médiane du dos, etc.) ;

6° On trouve quelquefois un pédicule reliant la tumeur à l'os sous-jacent ;

7° Enfin, il y a des cas mixtes où, dans une tumeur biloculaire,

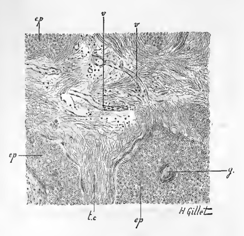


Fig. 12. — Fort grossissement; *ep.*, cellules épithéliales; *t.c.*, tissu cellulaire; *g.*, globes épidermiques; *v.*, vaisseaux.

on a trouvé dans une poche une dent, et dans l'autre, de la matière calcaire plus ou moins analogue à l'épithélioma calcifié.

De l'emploi de l'huile biiodurée comme antiseptique dans certaines affections de l'œil. (*Archives d'ophtalmologie*, novembre 1893.)

Voici les conclusions de ce travail :

1° L'huile biiodurée donne d'excellents résultats dans les inflam-

mations microbiennes du bord ciliaire, si on fait précéder son application d'un grattage à la curette ;

2° Elle enraye assez rapidement les accidents infectieux dus aux ulcères traumatiques cornéens mal soignés, même s'il y a hypopyon ;

3° On doit la rejeter si l'ulcère est dû à un état inflammatoire de l'œil (dans la kérato-conjonctivite phlycténulaire par exemple).

Lorsque pour les blépharites nous appliquions ce traitement sur un œil, les cils de celui-ci devenaient rapidement plus longs que ceux du côté opposé. Il ne s'agissait pas là d'une action trophique spéciale sur les cils, mais en débarrassant les bulbes pileux de leurs microbes, elle permettait aux poils d'atteindre tout leur développement.

Du décollement de la rétine. (Leçon du professeur PANAS, recueillie et publiée dans la *Tribune médicale* 1893.)

III. — THORAX

Kyste hydatique du poumon gauche suppuré pris pour une pleurésie interlobaire ; pneumotomie, guérison. (*Bullet. de la Soc. anatomique*, juillet 1892.)

Idem (*in* BEZOU. Thèse Paris, 1893.)

Des kystes hydatiques du poumon. (*Tribune médicale*, novembre 1893.)

Nous n'insisterons que sur les points originaux de ce travail.

Ainsi Bird a écrit et on a répété partout depuis, que la cause des kystes hydatiques du poumon était l'absorption par les voies respiratoires d'œuf de tænia ecchinococcus. On peut faire à cette théorie les objections suivantes :

1° Si la voie respiratoire était la porte d'entrée du mal, les kystes du poumon seraient plus fréquents que ceux du foie, et ceux du larynx et des bronches que ceux du poumon.

2° Pour que la coque chitineuse de l'œuf soit rompue et l'embryon mis en liberté, il faut l'action du suc gastrique.

Donc, la porte d'entrée est toujours digestive et l'embryon n'arrive au poumon que par les voies accessoires de la veine porte (veines hémorrhoïdales, œsophagiennes, système de Luschka, de Retzius, etc.). Dans ce cas. le poumon sera le premier réseau capillaire par lequel l'embryon sera filtré. C'est là qu'il s'arrêtera.

Chacbereau, dans sa thèse, avait déjà parlé comme possible du passage par les voies hémorrhoïdales.

Ce premier point étant admis, si les kystes hydatiques sont plus fréquents à la base du poumon qu'au sommet, c'est que les côtes inférieures étant les plus mobiles, c'est à leur niveau que se fera surtout l'expansion pulmonaire, la circulation y sera plus grande et il passera plus de sang. Il y aura donc plus de chances pour qu'un embryon s'y fixe.

Nous n'insisterons pas sur les signes et le diagnostic.

Le traitement devra être chirurgical, dès que le kyste aura été reconnu. Nous rejetons l'opération en deux temps, car il y a toujours des adhérences pleurales. On fera donc l'incision en un temps, avec résection costale. On extirpera la poche si c'est possible, sinon on la tamponnera. Nous proscrivons les grands lavages antiseptiques qui peuvent amener des accidents (toux, syncope, cyanose, asphyxie) ; mieux vaut toucher la poche avec des solutions antiseptiques fortes sur un tampon, ou se servir de glycérine boratée comme les médecins d'Australie.

La seule contre-indication opératoire est, lorsque, après vomique, vous voyez rapidement la poche revenir sur elle-même.

Adénome douloureux du sein survenu chez une femme diabétique. Extirpation. Guérison. (*Bullet. de la Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, août 1889, et *Journ. de médecine de Bordeaux*.)

IV. — CHIRURGIE ABDOMINALE

Péritonite tuberculeuse, laparotomie, mort. (Observation in MAURANGE. Thèse de Paris, 1889.)

Des kystes du mésentère. (*Archives générales de médecine*, septembre-octobre 1892.)

Cette étude a été faite d'après 104 cas, que nous avons pu réunir.

Nous les avons divisés en cinq groupes :

1° Kystes d'origine hématique.

2° Kystes d'origine lymphatique.

3° Kystes parasitaires ou hydatiques.

4° Kystes congénitaux.

5° Kystes des organes voisins (ovaire, parovaire, etc.) et secondairement inclus dans le mésentère.

Quant aux kystes dits séreux, ils doivent entrer pour la plupart dans les kystes d'origine lymphatique. Cependant, quelques-uns peuvent avoir une origine parasitaire, hématique, ou venir d'organes voisins.

La fréquence des kystes du mésentère est plus grande à mesure qu'on les connaît mieux.

Leur évolution offre deux types :

1° Forme à début brusque avec tous les signes de l'occlusion intestinale ;

2° Forme classique, comprenant une période où la tumeur est latente, suivie d'une autre avec tumeur, douleur, troubles dyspeptiques. Enfin la terminaison a lieu par cachexie, par guérison spontanée (rare), par ouverture dans l'intestin.

Le diagnostic, très difficile, doit se faire avec de nombreuses affections.

Le traitement de choix est la marsupialisation du kyste avec extirpation partielle de la poche, si c'est possible (93 p. 100 de guérison).

On lui a reproché :

1° D'exposer à la septicémie. Or le seul cas de mort ayant cette

cause était dû à une faute opératoire (perforation du côlon par le chirurgien, reconnue à l'autopsie);

2° De guérir moins vite que par l'extirpation. Objection assez sérieuse puisqu'il peut persister une fistule un an après (Sp. Wells);

3° De récidiver si le kyste est multiloculaire et si on n'ouvre qu'une poche, ce qu'on évitera par un examen soigné.

D'autres complications de la marsupialisation pour les kystes du mésentère, sur lesquelles on n'a pas assez insisté, sont les suivantes :

1° Hémorrhagie en nappe venant du fond de la poche, et nécessitant le tamponnement ou même les injections d'eau chaude;

2° La chylorrhagie;

3° La facilité de l'intoxication par les pansements antiseptiques, dont on bourre la plaie ;

4° Signes d'étranglement par adhérences de l'intestin à la paroi, cédant au décollement de ces adhérences par la laparotomie ;

5° Hernie de l'intestin par la plaie qu'on réduira par la compression (Demons). Quant à l'extirpation, elle est beaucoup plus grave (60 p. 100 de guérison); elle expose :

1° A la syncope grave par lésions du plexus solaire pendant l'opération ;

2° Au shock opératoire (voisinage du plexus solaire; longueur de l'opération);

3° Au sphacèle de l'intestin après section des artères mésentériques ;

4° A l'occlusion intestinale par paralysie de l'intestin;

5° A l'hémorrhagie par le pédicule.

Elle n'est applicable qu'à certains kystes peu volumineux, à pédicule long, mince et sans adhérences.

Myxosarcome volumineux du mésentère ; extirpation ; mort. (In ARÉKION. Thèse, Paris, 1891.)

Cette observation est intéressante par le volume de la tumeur (14 kilogr. 500 grammes) et par la cause de la mort (sphacèle étendu de l'intestin par section des artères mésentériques).

Cancer du pylore. (*Bulletin de la Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, juin 1889 ; *Journ. de méd. de Bordeaux*, juin 1889, et in Four Thèse de Bordeaux, 1889.)

L'intérêt de cette pièce résulte de la présence d'une poche intermédiaire entre l'estomac et le duodénum, avec oblitération de l'orifice pylorique. Les aliments séjournaient dans cette poche, du volume d'une mandarine. Sa présence, sinon sa cause, avait été décelée pendant la vie, par l'auscultation stéthoscopique de la percussion (méthode de Bianchi).

Hernie inguinale avec pincement latéral de l'intestin et accidents d'occlusion à marche chronique. (*Bullet. de la Société clinique de Paris*, mars 1891 ; *France médicale*, 1891.)

Ce travail repose sur deux observations personnelles prises pendant nos années d'internat chez les professeurs Demons et Le Fort.

On admet généralement que le pincement latéral s'accompagne de phénomènes aigus ; or ici, il y eut des phénomènes chroniques d'occlusion, avec persistance du cours des matières et de l'émission de gaz. Or il y avait bien pincement de l'intestin.

Le pincement latéral est donc possible et peut s'accompagner de phénomènes subaigus.

Dans nos observations, cette évolution était peut-être due à ce que la hernie s'était faite par l'orifice inguinal, moins serré et à arêtes moins vives que l'orifice crural.

De l'opération de l'anus iliaque en deux temps (procédé de Maydl-Colley). (*Bullet. de la Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, janvie. 1890. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1890.)

Cette étude a été faite à propos d'un malade atteint de cancer du rectum inopérable et traité par ce procédé par le professeur Demons avec une amélioration notable.

Dès le premier temps de l'opération (incision de la paroi) il y eut

disparition de la douleur et du ténesme, alors que l'intestin n'était pas ouvert.

Reclus avait insisté sur ces faits, que corroborait notre observation.

Péricholécystite à répétition, avec trajets fistuleux : mort. (*Bullet. de la Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, décembre 1888. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889.)

L'abcès était limité par le cæcum, le côlon transverse et le côlon ascendant, unis par des adhérences. Il y avait des calculs dans la vésicule biliaire, mais il n'y avait jamais eu de communication entre la vésicule et la poche. Pendant la vie, on avait diagnostiqué un abcès froid de mal de Pott ou une pérityphlite.

Grossesse tubaire. Fœtus calcifié mal toléré. Grossesse intercurrente terminée par un accouchement avant terme. Extirpation du lithopédion par la laparotomie. Guérison. (*Bullet. de la Société anatomique*, décembre 1892.)

La grossesse tubaire datait nettement de deux ans. Il est intéressant de noter la nouvelle fécondation de cette femme survenue depuis.

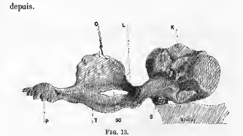


Fig. 13.

O. Ovaire érigné en haut. — *L.* Ligament de l'ovaire. — *K.* Kyste fœtal. — *P.* Pavillon de la trompe. — *T.* Trompe. — *SC.* Solution de continuité dans l'aileron moyen du ligament large survenue pendant l'opération. — *S.* Section du pédicule.

Sarcome de l'ovaire. Laparotomie exploratrice amenant une légère amélioration. Guérison opératoire. Mort subite au 17e jour. (*Bullet. de la Soc. d'anatomie et de physiol. de Bordeaux*, janvier 1890, et *Journ. de méd. de Bordeaux*.)

La malade est morte au moment où elle se levait pour la première fois. A l'autopsie on trouva une embolie dans une grosse branche de l'artère pulmonaire.

V. — ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME

Épithélioma inopérable de la verge. (*Bullet. de la Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, mai 1889, et *Journal de méd. de Bordeaux*.)

Second cas d'épithélioma de la verge. (*Bullet. de la Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, août 1889, et *Journal de méd. de Bordeaux*.)

Le malade qui fait le sujet de la seconde observation avait été opéré d'un phimosis avec adhérences à 22 ans. L'épithélioma avait débuté sur la cicatrice due à une de ces adhérences.

Étude comparative de l'uréthrotomie interne et de l'électrolyse linéaire de l'urèthre. (Mémoire couronné par la *Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*. Bullet. de janvier 1890. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1890.)

Ce travail comprend cinq observations personnelles d'électrolyse et sept d'uréthrotomie interne (dont deux chez des malades ayant déjà subi l'électrolyse).

Dans deux cas, malgré la durée de la séance, et bien qu'un des malades subit deux tentatives opératoires, on ne put arriver à sectionner le rétrécissement. Il était long et très serré chez les deux malades.

Dans une autre observation, l'opération fut suivie d'orchite et d'hémorrhagie légère.

La récidive survint dans tous les cas, bien qu'on ait pretendu le

contraire. Nos malades n'avaient pas été cathétérisés après l'opération.

Nous n'avons eu dans aucun cas d'élévation de température après l'électrolyse, alors que, chez deux malades, précédemment électrolysés, la température s'éleva lorsqu'on eut recours à l'uréthrotomie interne.

En resumé : L'électrolyse ne met pas à l'abri de la récidive.

Elle n'est pas douloureuse et amène moins souvent des accès de fièvre que l'uréthrotomie interne.

Si on se décidait à y recourir, il faudrait faire suivre l'opération de la dilatation de l'urèthre par le cathétérisme.

Calcul vésical stratifié avec couches alternatives d'urate et de phosphate ammoniaco-magnésien, coïncidant avec des poussées de cystite. Taille hypogastrique. Guérison. (*Bull. de la Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, février 1889.)

Calcul vésical, taille hypogastrique, sonde à demeure, guérison. (In GASSIOLE. Th. de Bordeaux 1889.)

VI. — MALADIES DES OS

Fracture indirecte de la rotule avec conservation des mouvements d'extension, immédiatement après l'accident. (In BODEAU. Thèse de Bordeaux, 1886.)

Mal de Pott postérieur de la première lombaire. Résection des lames et de l'apophyse transverse. Persistance d'un trajet fistuleux. (In CHIPAULT. *Étude de chirurgie médullaire*. Paris, Alcan, 1893.)

Abcès froid du cartilage thyroïde. (Leçon de clinique chirurgicale du professeur DUPLAY, recueillie et publiée dans la *Tribune médicale*, 1892.)

OSTÉOMYÉLITE

Ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur consécutive à la scarlatine. (*Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, juillet 1889. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889.)

Ostéomyélite du tibia après un traumatisme, au cours d'une éruption furonculeuse généralisée. (*Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, juillet 1889. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889.)

Un jeune homme de 17 ans, en pleine éruption furonculeuse, reçoit un coup de pied de cheval sur le tibia. Il survint une ostéomyélite. Cette observation équivaut à une expérience de laboratoire.

De l'ostéomyélite des jeunes enfants. (*Gazette hebdomad. de méd. et de chirurgie*, 1895.)

Ce travail est basé sur 44 observations prises toutes dans le service du professeur Lannologue. La plupart nous ont été communiquées par M. le Dr Broca, chirurgien des hôpitaux et assistant de notre maître. Voici nos conclusions :

C'est de 0 à 1 an que l'ostéomyélite a son maximum de fréquence.

Si cette affection n'est pas notée plus fréquemment à cette période de la vie, c'est qu'elle est souvent méconnue, car on a peu de renseignements par les petits malades et ils peuvent mourir avant que le gonflement n'apparaisse.

Dans la première enfance, le streptocoque et le pneumocoque se rencontrent bien plus souvent que plus tard.

Il existe, dès cet âge, des formes aiguës et des formes chroniques d'emblée, avec tous les intermédiaires.

Le pronostic est plus grave chez les petits malades que chez les adolescents au point de vue vital, mais il est bien meilleur au point de vue fonctionnel, car il ne survient pas d'ankylose (même après arthrite suppurée), pas d'hyperostose, à peine un peu d'allongement du membre (le raccourcissement est plus rare). Il y a peu de tendance à la formation de séquestres après les poussées aiguës.

La broncho-pneumonie est une complication grave et fréquente même au delà de la convalescence.

Comme traitement, il faut trépaner dans tous les cas sérieux, mais en évitant les grands délabrements, car le tissu osseux se revivifie très bien à cette époque de la vie.

De l'ostéomyélite de la clavicule. (*Gazette hebdom. de médecine et de chirurgie*, mars 1895.)

De l'ostéomyélite de la clavicule. (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, mars 1895.)

C'est une localisation assez fréquente de l'ostéomyélite, ayant un aspect clinique spécial selon que le mal siège à l'extrémité interne ou externe de la clavicule.

Le diagnostic en est quelquefois délicat.

Même après guérison, on peut voir survenir quelques complications spéciales (compression des vaisseaux sous-claviers et des nerfs du plexus brachial par l'os hyperostosé).

Quant au traitement, nous nous déclarons opposé à celui que préconise Petersen (extirpation de la clavicule dès le début).

Bien que cet os se régénère avec une grande facilité et que, même si la régénération manque, les mouvements du membre supérieur puissent ne pas être gênés, nous croyons qu'il vaut mieux inciser l'abcès et trépaner l'os. Ce traitement nous a donné de bons résultats dans les quatre observations personnelles que nous rapportons.

L'extirpation de la clavicule n'est indiquée que dans les cas exceptionnels, où toute la clavicule est mortifiée.

Ostéomyélite costale. Résection de la cinquième côte. Guérison. (*Bullet. de la Soc. anatomique*, octobre 1894.)

Symptômes et formes de l'ostéomyélite costale. (*Presse médicale*, novembre 1894.)

Diagnostic et traitement de l'ostéomyélite costale. (*Presse médicale*, décembre 1894.)

L'ostéomyélite costale siège soit vers la partie antérieure de la côte, soit vers sa partie postérieure.

Dans ce dernier cas, on la rencontre vers le point céphalique ou vers le point tubérositaire de l'os.

L'abcès est-il antérieur ? Il est toujours sus-costal. — Est-il pos-

térieur. Il est d'abord sous-costal, puis il fuse à l'extérieur soit en dedans, soit en dehors du ligament transverso-intercostal, selon qu'il vient de la tête, de la côte ou de la tubérosité.

Il peut fuser en bas jusque dans l'abdomen.

On a nié la possibilité des séquestres dans l'ostéomyélite costale. Il y en avait un caractéristique chez un malade que nous avons observé.

La cinquième côte est le plus souvent frappée.

Avant 7 ans, l'ostéomyélite costale siège presque toujours en avant.

De 14 à 20 ans, au contraire, on rencontre cette affection sur-





tout en arrière, excepté dans les cas consécutifs à la fièvre typhoïde, où le siège en avant est constant.

Le diagnostic de l'ostéomyélite costale à type antérieur est à faire surtout avec l'abcès froid costal.

L'ostéomyélite costale à type postérieur est souvent confondue avec la pleurésie (surtout pleurésie purulente).

On admet généralement que la ponction suffit à amener la guérison de ces lésions. C'est une erreur, car on ne peut par ce procédé évacuer les séquestres, s'il y en a. En outre, si le pus est très épais, la ponction peut être blanche.

Le traitement de choix est donc : l'incision avec ou sans résection costale.

Comme accidents opératoires, on a noté la cyanose et l'asphyxie pendant les grands lavages, s'il y a fistule bronchique. Aussi doit-on préférer les attouchements avec un antiseptique fort à ces lavages, graves toujours au voisinage du poumon.

VII. — ARTICULATIONS

Luxation de l'axis en avant par choc direct sur la nuque. Paralysie progressive des deux membres supérieurs. Extension continue. Guérison. (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, mars 1895. *Journ. de médecine de Bordeaux*, avril 1895.)

C'est l'observation d'une fillette de 11 ans, qui, s'asseyant brusquement sur un banc, heurta violemment sa nuque contre le dossier. La paralysie survint peu à peu. Comme signes, il y avait de la douleur à la pression sur la colonne cervicale, de l'immobilisation de la tête en flexion légère et, par le toucher pharyngien, on sentait la saillie nette du corps de l'axis.

La marche de l'affection, la guérison rapide nous permet d'éliminer le diagnostic de fracture ou de luxation pathologique.

Il s'agit bien d'une luxation bilatérale, car :

1° La saillie pharyngienne était nettement transversale ;

2° Il n'y avait pas de rotation de la tête.

Bien que le fait soit extrêmement rare et qu'il n'y ait pas eu d'autopsie, il s'agissait bien d'une luxation de l'axis, car la saillie sur la paroi postérieure du pharynx était exactement sur le prolongement de la voûte palatine.

Des luxations irréductibles de l'épaule. (Leçon du professeur DUPLAY, recueillie et publiée dans la *Tribune médicale*, mars 1893.)

Luxation ancienne du radius en avant. (*Bullet. de la Soc. d'anatomie et de physiol. de Bordeaux*, juillet 1889. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889.)

A la suite de cet accident, datant de l'enfance, il s'était produit une hyperostose de toute la région condylienne de l'humérus, faisant une saillie, qui simulait à première vue une luxation du coude en arrière.

Luxation du ménisque interarticulaire externe du genou. (*Bullet. de la Soc. d'anatomie et de physiol. de Bordeaux*, mai 1889. *Journ. de médec. de Bordeaux*, 1889.)

Étude sur les luxations des ménisques interarticulaires du genou. (Mémoire couronné par la *Soc. d'anatomie et de physiol. de Bordeaux,* janvier 1890. *Journal de méd. de Bordeaux,* 1890.)

Ce travail est basé sur 17 observations et sur des expériences cadavériques, pour étudier la pathogénie de cette affection.

Voici les résultats auxquels nous sommes arrivés :

On sait que, par suite de la différence de rayon que présentent les condyles en avant et en arrière, par suite aussi des insertions supérieures des ligaments latéraux qui ne se font pas au centre de courbure, on peut produire dans le genou des mouvements de latéralité dans la demi-flexion. En effet, les ligaments latéraux tendus pendant l'extension se détendent alors ainsi que les ligaments croisés.

Or, supposons le cas d'un sujet accroupi, la jambe demi-fléchie, les genoux rapprochés, les pieds modérément écartés. Que se passera-t-il dans l'articulation fémoro-tibiale ? Le ligament latéral externe ne sera plus tendu. Cet état de relâchement sera encore augmenté par le rapprochement des genoux. Mais le ménisque externe adhérant à ce ligament et à la capsule, et ses insertions au centre de la jointure ne l'immobilisant pas, il pourra donc se luxer en avant lorsque le sujet, essayant de se redresser, le chassera au dehors comme un noyau de cerise, par la pression de ses condyles sur les plateaux du tibia. La lésion se produira mieux encore si, pendant le redressement, les genoux sont maintenus rapprochés et les pieds écartés, car l'articulation sera serrée avant que le cartilage n'ait eu le temps de reprendre sa place.

Un mécanisme inverse produira la luxation du ménisque interne.

C'est donc la distension du surtout ligamenteux du genou par traumatisme, hydarthrose, etc., qui joue le principal rôle en ne bridant plus le ménisque en dehors et en lui permettant de s'échapper.

Les causes que nous invoquons, en faveur de cette pathogénie, sont les suivantes :

1° La lésion se produit le plus souvent, lorsque, étant accroupi, es pieds écartés, les genoux se touchant, on fait effort pour se

relever (luxation du ménisque externe), car le ligament externe n'est plus tendu.

2° Nous avons reproduit la luxation sur le cadavre par ce mécanisme.

3° On empêche la lésion de se produire, si on fléchit la jambe en lui imprimant un mouvement forcé de latéralité inverse au ménisque luxé (exemple : mouvement de lateralité interne pour le ménisque externe). C'est que, tendant la capsule fibreuse, on empêche le ménisque de sortir. Ce symptôme, qui n'est pas signalé, doit être constant. Il existait dans notre observation personnelle contenue dans ce mémoire. Nous l'avons observé depuis dans deux autres cas.

Mouret (de Montpellier), dans une thèse récente, fait jouer un grand rôle au mouvement de torsion. S'il a reproduit aussi l'affection sur le cadavre, c'est que par la torsion il amenait ainsi l'allongement des ligaments latéraux, condition *sine qua non* de la luxation. D'ailleurs, le ménisque se luxe souvent sans torsion (lorsqu'on se relève étant accroupi).

Donc, tout en reconnaissant les résultats obtenus par Mouret, nous maintenons les conclusions de ce travail, qui est antérieur.

Infection par un streptocoque (arthrites suppurées, endocardite, etc.), après une varicelle, chez une fillette guérie d'un abcès froid dû au mal de Pott par des injections de gaïacol iodoformé. (*Gaz. hebdomad. de médecine et de chirurgie*, septembre 1894.)

Des arthrites de la varicelle. (En collaboration avec M. G. DE ROUVILLE. *Bulletin médical*, septembre 1894.)

Presque tous les auteurs qui traitent des maladies de l'enfance, considèrent la varicelle comme une affection sans gravité. Ayant eu l'occasion d'en observer un cas terminé par la mort, après arthrites suppurées multiples, nous avons étudié cette complication rare d'une maladie bénigne. Ni Bourcy, dans sa thèse inaugurale, ni de Lapersonne, dans sa thèse d'agrégation, n'en parlent parmi les causes d'arthrites. A peine avons-nous trouvé dans la littérature médicale, quelques cas analogues au nôtre; mais il

n'existait aucun travail d'ensemble sur la question. Voici les points que nous avons établis :

Ces arthrites sont plus fréquentes qu'on ne le dit, mais elles sont mal connues. Ce sont des polyarthrites, tantôt graves (suppurées), tantôt bénignes (non suppurées). Elles surviennent au déclin de la maladie, surtout lorsque le rein a été touché.

La cause de l'infection est le streptocoque très probablement, bien que notre observation soit la seule qui ait été suivie de l'examen bactériologique.

Examinant à ce point de vue le contenu des pustules de varicelle, nous y avons trouvé du streptocoque et du staphylocoque. Peut-être l'infection se faisait-elle de dehors en dedans, puisque, dans notre observation, il existait, près de l'articulation qui fut prise la première, une pustule enflammée avec des traînées de lymphangite. Cependant notre streptocoque différait du streptocoque pyogenes par quelques caractères et se rapprochait plutôt de certaines espèces non pathogènes, récemment étudiées (streptocoque de la salive, streptocoque tenuis, etc.). Pouvait-il, à certains moments, devenir virulent et pyogène?

Nous n'avons pas l'autorité nécessaire pour affirmer ce fait, bien que nous l'ayons retrouvé, avec ses caractères, dans un cas d'adénite suppurée consécutive à la varicelle.

Comme traitement, dans les cas bénins, on aura recours à l'immobilisation; dans les cas graves, à l'arthrotomie et au drainage.

Le massage ne devra être commencé que longtemps après la guérison, sous peine de réveiller tous les phénomènes aigus du début.

Comme traitement prophylactique, nous conseillons de traiter antiseptiquement les pustules de la varicelle, dans les formes confluentes, comme on le fait pour la variole (pansements et bains antiseptiques).

VIII. — TUMEURS ET AFFECTIONS DIVERSES

Ostéosarcome des fosses nasales. (*Bullet. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, février 1889. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889.)

Épithélioma de l'aile du nez, de la sous-cloison et de la lèvre supérieure. (*Bullet de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, février 1889. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889.)

Marche très lente de l'affection, sans ganglions et avec conservation du bon état général. Extirpation. Autoplastie par glissement.

Épithélioma du plancher de la bouche (*Bullet. de la Soc. d'anatom. et de physiologie de Bordeaux*, mars 1889. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889.)

Adénome kystique de la parotide. (*Bullet. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, mai 1889.)

Lymphosarcome du cou. (*Bullet. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, février 1889. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889.)

Fibrolipome pédiculé de la région lombaire. (*Bullet. de la Soc. d'anatom. et de physiol. de Bordeaux*, février 1889. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889.)

Cette tumeur avait été prise pour un fibroma molluscum jusqu'au moment de l'opération.

Deux cas de lipomes congénitaux du dos. (*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1894.)

Ces deux tumeurs siégeaient sur la ligne médiane et adhéraient profondément au rachis. C'étaient probablement des méningocèles ayant subi la dégénérescence graisseuse.

Volumineux ostéosarcome de la région sacro-iliaque ayant débuté au niveau de l'épine iliaque postérieure et supérieure. (*Bullet. de la Soc. anat. et de physiol. de Bordeaux*, mai 1889. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889.)

Cette tumeur simulait un abcès froid ossifluent. Elle avait débuté à la suite d'un traumatisme répété de la partie postérieure de l'os iliaque.

Éruption généralisée de verrues cornées. Épithélioma de la main. Amputation de l'avant-bras à sa partie inférieure. (*Bullet. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, février 1889. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889.)

L'intérêt de cette observation était dû aux nombreuses verrues dont le malade était couvert. Plusieurs d'entre elles avaient dégénéré et avaient produit la lésion épithéliale Il existait tous les degrés entre l'ulcération profonde, épithéliale qui, nécessita l'amputation et la simple irritation de ces verrues.

Tubercules anatomiques chez un garçon boucher. (*Annales de la policlinique de Bordeaux*, janvier 1889).

Les conclusions de cette simple note sont que s'il peut y avoir des tubercules anatomiques tuberculeux (au sens bacillaire), ils ne le sont pas tous et que des infections simples peuvent produire la même lésion.

Hémihypertrophie du corps et du membre inférieur avec nævi vasculaires très étendus. (Leçon du professeur DUPLAY, recueillie et publiée dans la *Gazette hebdomad. de méd. et de chirurgie*, 1892).

Syphilis. Chancres multiples de la face. (*Annales de la policlinique de Bordeaux*, juillet 1889.)

Acné décalvante (*Annales de la policlinique de Bordeaux*, juillet 1889.)

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE